

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6985361000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
25/03/2022

5 - Senha
5369001

8 - Número da Carteira
1141369

9 - Validade da Carteira
01/01/2023

10 - Nome
ANA IZABEL DA SILVA

11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
5369001

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZOTTO CASSIAN

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
47585

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento
25

26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic.
28 - Ql.Autoriz.

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de acidente ou doença relacionada
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 25/03/2022 15:21 15:21 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 25/03/2022 15:24 15:24 22 41001079 TC - TORAX

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00 100.00
001 1.0 385.56 385.56

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO JOAO HENRIQUE BAUTIS

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38166 41 225225

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
485,56

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
10,67

62 - Total de OPM's (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
14,44

64 - Total de Gastos Médicos (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
510,67

66 - Assinatura do Responsável pelo Autocrédito

67 - Assinatura da Beneficiária ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional Solicitante

69 - Assinatura do Profissional Autorizador

70 - Assinatura do Profissional de Apoio

71 - Assinatura do Profissional de Apoio

72 - Assinatura do Profissional de Apoio

73 - Assinatura do Profissional de Apoio

74 - Assinatura do Profissional de Apoio

75 - Assinatura do Profissional de Apoio

76 - Assinatura do Profissional de Apoio

77 - Assinatura do Profissional de Apoio

78 - Assinatura do Profissional de Apoio

79 - Assinatura do Profissional de Apoio

80 - Assinatura do Profissional de Apoio

81 - Assinatura do Profissional de Apoio

82 - Assinatura do Profissional de Apoio

83 - Assinatura do Profissional de Apoio

84 - Assinatura do Profissional de Apoio

85 - Assinatura do Profissional de Apoio

86 - Assinatura do Profissional de Apoio

87 - Assinatura do Profissional de Apoio

88 - Assinatura do Profissional de Apoio

89 - Assinatura do Profissional de Apoio

90 - Assinatura do Profissional de Apoio

91 - Assinatura do Profissional de Apoio

92 - Assinatura do Profissional de Apoio

93 - Assinatura do Profissional de Apoio

94 - Assinatura do Profissional de Apoio

95 - Assinatura do Profissional de Apoio

96 - Assinatura do Profissional de Apoio

97 - Assinatura do Profissional de Apoio

98 - Assinatura do Profissional de Apoio

99 - Assinatura do Profissional de Apoio

100 - Assinatura do Profissional de Apoio

101 - Assinatura do Profissional de Apoio

102 - Assinatura do Profissional de Apoio

103 - Assinatura do Profissional de Apoio

104 - Assinatura do Profissional de Apoio

105 - Assinatura do Profissional de Apoio

106 - Assinatura do Profissional de Apoio

107 - Assinatura do Profissional de Apoio

108 - Assinatura do Profissional de Apoio

109 - Assinatura do Profissional de Apoio

110 - Assinatura do Profissional de Apoio

111 - Assinatura do Profissional de Apoio

112 - Assinatura do Profissional de Apoio

113 - Assinatura do Profissional de Apoio

114 - Assinatura do Profissional de Apoio

115 - Assinatura do Profissional de Apoio

116 - Assinatura do Profissional de Apoio

117 - Assinatura do Profissional de Apoio

118 - Assinatura do Profissional de Apoio

119 - Assinatura do Profissional de Apoio

120 - Assinatura do Profissional de Apoio

121 - Assinatura do Profissional de Apoio

122 - Assinatura do Profissional de Apoio

123 - Assinatura do Profissional de Apoio

124 - Assinatura do Profissional de Apoio

125 - Assinatura do Profissional de Apoio

126 - Assinatura do Profissional de Apoio

127 - Assinatura do Profissional de Apoio

128 - Assinatura do Profissional de Apoio

129 - Assinatura do Profissional de Apoio

130 - Assinatura do Profissional de Apoio

131 - Assinatura do Profissional de Apoio

132 - Assinatura do Profissional de Apoio

133 - Assinatura do Profissional de Apoio

134 - Assinatura do Profissional de Apoio

135 - Assinatura do Profissional de Apoio

136 - Assinatura do Profissional de Apoio

137 - Assinatura do Profissional de Apoio

138 - Assinatura do Profissional de Apoio

139 - Assinatura do Profissional de Apoio

140 - Assinatura do Profissional de Apoio

141 - Assinatura do Profissional de Apoio

142 - Assinatura do Profissional de Apoio

143 - Assinatura do Profissional de Apoio

144 - Assinatura do Profissional de Apoio

145 - Assinatura do Profissional de Apoio

146 - Assinatura do Profissional de Apoio

147 - Assinatura do Profissional de Apoio

148 - Assinatura do Profissional de Apoio

149 - Assinatura do Profissional de Apoio

150 - Assinatura do Profissional de Apoio

151 - Assinatura do Profissional de Apoio

152 - Assinatura do Profissional de Apoio

153 - Assinatura do Profissional de Apoio

154 - Assinatura do Profissional de Apoio

155 - Assinatura do Profissional de Apoio

156 - Assinatura do Profissional de Apoio

157 - Assinatura do Profissional de Apoio

158 - Assinatura do Profissional de Apoio

159 - Assinatura do Profissional de Apoio

160 - Assinatura do Profissional de Apoio

161 - Assinatura do Profissional de Apoio

162 - Assinatura do Profissional de Apoio

163 - Assinatura do Profissional de Apoio

164 - Assinatura do Profissional de Apoio

165 - Assinatura do Profissional de Apoio

166 - Assinatura do Profissional de Apoio

167 - Assinatura do Profissional de Apoio

168 - Assinatura do Profissional de Apoio

169 - Assinatura do Profissional de Apoio

170 - Assinatura do Profissional de Apoio

171 - Assinatura do Profissional de Apoio

172 - Assinatura do Profissional de Apoio

173 - Assinatura do Profissional de Apoio

174 - Assinatura do Profissional de Apoio

175 - Assinatura do Profissional de Apoio

176 - Assinatura do Profissional de Apoio

177 - Assinatura do Profissional de Apoio

178 - Assinatura do Profissional de Apoio

179 - Assinatura do Profissional de Apoio

180 - Assinatura do Profissional de Apoio

181 - Assinatura do Profissional de Apoio

182 - Assinatura do Profissional de Apoio

183 - Assinatura do Profissional de Apoio

184 - Assinatura do Profissional de Apoio

185 - Assinatura do Profissional de Apoio

186 - Assinatura do Profissional de Apoio

187 - Assinatura do Profissional de Apoio

188 - Assinatura do Profissional de Apoio

189 - Assinatura do Profissional de Apoio

190 - Assinatura do Profissional de Apoio

191 - Assinatura do Profissional de Apoio

192 - Assinatura do Profissional de Apoio

193 - Assinatura do Profissional de Apoio

194 - Assinatura do Profissional de Apoio

195 - Assinatura do Profissional de Apoio

196 - Assinatura do Profissional de Apoio

197 - Assinatura do Profissional de Apoio

198 - Assinatura do Profissional de Apoio

199 - Assinatura do Profissional de Apoio

200 - Assinatura do Profissional de Apoio

201 - Assinatura do Profissional de Apoio

202 - Assinatura do Profissional de Apoio

203 - Assinatura do Profissional de Apoio

204 - Assinatura do Profissional de Apoio

205 - Assinatura do Profissional de Apoio

206 - Assinatura do Profissional de Apoio

207 - Assinatura do Profissional de Apoio

208 - Assinatura do Profissional de Apoio

209 - Assinatura do Profissional de Apoio

210 - Assinatura do Profissional de Apoio

211 - Assinatura do Profissional de Apoio

212 - Assinatura do Profissional de Apoio

213 - Assinatura do Profissional de Apoio

214 - Assinatura do Profissional de Apoio

215 - Assinatura do Profissional de Apoio

216 - Assinatura do Profissional de Apoio

217 - Assinatura do Profissional de Apoio

218 - Assinatura do Profissional de Apoio

219 - Assinatura do Profissional de Apoio

220 - Assinatura do Profissional de Apoio

221 - Assinatura do Profissional de Apoio

222 - Assinatura do Profissional de Apoio

223 - Assinatura do Profissional de Apoio

224 - Assinatura do Profissional de Apoio

225 - Assinatura do Profissional de Apoio

226 - Assinatura do Profissional de Apoio

227 - Assinatura do Profissional de Apoio

228 - Assinatura do Profissional de Apoio

229 - Assinatura do Profissional de Apoio

230 - Assinatura do Profissional de Apoio

231 - Assinatura do Profissional de Apoio

232 - Assinatura do Profissional de Apoio

233 - Assinatura do Profissional de Apoio

234 - Assinatura do Profissional de Apoio

235 - Assinatura do Profissional de Apoio

236 - Assinatura do Profissional de Apoio

237 - Assinatura do Profissional de Apoio

238 - Assinatura do Profissional de Apoio

239 - Assinatura do Profissional de Apoio

240 - Assinatura do Profissional de Apoio

241 - Assinatura do Profissional de Apoio

242 - Assinatura do Profissional de Apoio

243 - Assinatura do Profissional de Apoio

244 - Assinatura do Profissional de Apoio

245 - Assinatura do Profissional de Apoio

246 - Assinatura do Profissional de Apoio

247 - Assinatura do Profissional de Apoio

248 - Assinatura do Profissional de Apoio

249 - Assinatura do Profissional de Apoio

250 - Assinatura do Profissional de Apoio

251 - Assinatura do Profissional de Apoio

252 - Assinatura do Profissional de Apoio

253 - Assinatura do Profissional de Apoio

254 - Assinatura do Profissional de Apoio

255 - Assinatura do Profissional de Apoio

256 - Assinatura do Profissional de Apoio

257 - Assinatura do Profissional de Apoio

258 - Assinatura do Profissional de Apoio

259 - Assinatura do Profissional de Apoio

260 - Assinatura do Profissional de Apoio

261 - Assinatura do Profissional de Apoio

262 - Assinatura do Profissional de Apoio

263 - Assinatura do Profissional de Apoio

264 - Assinatura do Profissional de Apoio

265 - Assinatura do Profissional de Apoio

266 - Assinatura do Profissional de Apoio

267 - Assinatura do Profissional de Apoio

268 - Assinatura do Profissional de Apoio

269 - Assinatura do Profissional de Apoio

270 - Assinatura do Profissional de Apoio

271 - Assinatura do Profissional de Apoio

272 - Assinatura do Profissional de Apoio

273 - Assinatura do Profissional de Apoio

274 - Assinatura do Profissional de Apoio

275 - Assinatura do Profissional de Apoio

276 - Assinatura do Profissional de Apoio

277 - Assinatura do Profissional de Apoio

278 - Assinatura do Profissional de Apoio

279 - Assinatura do Profissional de Apoio

280 - Assinatura do Profissional de Apoio

281 - Assinatura do Profissional de Apoio

282 - Assinatura do Profissional de Apoio

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 5369001	
3 - Código na Operação 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
5 - Código CNES 9365230			

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material										
18- Referência do material no fabricante										
6 - 02	25/03/2022	14:44:00	a	14:44:00	20	90007131	1	001	1.00	0.79
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
3 - 03	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	19	70138923	1	036	1.00	3.43
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA										
5 - 03	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	19	70705321	1	036	1.00	2.80
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
4 - 03	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	19	70705291	1	036	1.00	1.72
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)										
2 - 03	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	19	70014370	1	036	1.00	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 1/2 X 40 / 18G 1 1/2										
1 - 03	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	19	70014370	1	036	1.00	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 1/2 X 40 / 18G 1 1/2										
8 - 02	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	20	90470800	1	001	1.00	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA										
7 - 02	25/03/2022	14:44:00		14:44:00	20	90046253	1	014	1.00	10.52
20 - Descrição: TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA										
21 - Total das Gases Médicas (R\$)										
22 - Total das Medicamentos (R\$)										
23 - Total dos Materiais (R\$)										
24 - Total de CPPE (R\$)										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										
26 - Total de Diárias (R\$)										
27 - Total Geral (R\$)										

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 26/03/2022 14:24:22

Controle de: 3766514

Atendimento: 6985361

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3766514



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 5369001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA IZABEL DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO RAQUEL GOMES-PARIZZOTTO-CASSIA

16 - Conselho Profissional

47585

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225125

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

26 - Descrição

27 - Qd. Solic.

1

28 - Qd. Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CIES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Adiente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução, Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sen. Prof.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional

59 - Motivo de Encerramento do Atendimento

60 - Data de Realização de Procedimento em Série

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Contratado

63 - Assinatura do Contratado

64 - Assinatura do Contratado

65 - Observação / Justificativa

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMMACEO

Data/Hora: 25/03/2022 21:52:38

Contab.Lote: 6985361

Atendimento: 6985361

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6985361

2 - Nº Guia no Prestador 698536101

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 5369001
----------------------------	-----------------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha
-------------------------	-----------

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
1141369		ANANIAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
	N

13 - Código da Operadora	23876304000112
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZOTTO CASSIA	6	47585	41	225125	

21 - Carteira do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	25/03/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd Solic.	28 - Qtd Autoriz.
1	22	TC - Torax	1	0
2	20	NOVALGINA	1	0
3	20	AGUA DESTILADA 10ML INF - ABL	1	0
4	20	TIATIL 20MG INF - CRISTALIA	1	0

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

39 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Processamento	41 - Descrição
42 - Idim.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBC
Identificação do(s) Profissional(is) Exceção(is)							

	65 - Data de Realização do Procedimento em Site	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		
6 -		
7 -		
8 -		
9 -		
10 -		
Observação / Justificativa		

59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	
61 - Total Taxas de Material (R\$)	
62 - Total de OPMs (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Izabel da Silva
Nº da Carteira: 11.4.1369
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 04/06/2002

Nº da Guia: 5369.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/03/2022	18:07:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Costas

Descrição

A aluna interna estava jogando handball quando foi arremessar e foi atingida pela cotovelo da colega que machucou a região dorsal D. A aluna relata muita algia.

Testemunha da ocorrência

Giovana Nunes de Oliveira

Telefone

(96) 98113-7424

Quem prestou primeiros socorros

Joserialia Pazzete

Data

22/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Aluna, passou em avaliação com o ortopedista, (ontem 23/03/2022), que encaminhou a mesma para a avaliação com o cirurgião, aluna entregou a solicitação de avaliação na recepção, e ficou aguardando, porém o atendimento não aconteceu porque estava demorando e a mesma ia perder o ônibus.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.502.977

Ass.: *[Assinatura]*

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento:	6985361	Pedido:	2476223	Ac. Number:	3092114
Registro / Nome:	ANA IZABEL DA SILVA				
Data de Nascimento:	04/06/2002	Idade:	19 anos, 9 meses e 20 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	25/03/2022 15:24:00			Laudado:	29/03/2022 16:43:03
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	JOAO HENRIQUE BAHLS R				

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX.

Protocolo: Aquisição volumétrica, sem contraste. Realizada reconstrução em alta resolução volumétrica:

Relatório:

Traqueia, brônquios principais e lobares péricios.
Parênquima pulmonar com transparência preservada.
Não há sinais de derrame pleural ou efusão pericárdica.
Não se identificam linfonodomegalias mediastinais.
Coração e grandes vasos do mediastino com dimensões preservadas.
Estruturas ósseas do arcabouço torácico de configuração anatômica.

Impressão diagnóstica:

Exame sem alterações significativas.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR- 39225

PRESCRIÇÃO : 6518314 DATA: 25/03/2022 15:21
USUÁRIO : PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6985361 DT NASC: 04/06/2002 (19A 9M 21D)
CONVÊNIO: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE: 499686 - ANA IZABEL DA SILVA
PRSO: ALTURA: SUP. CORPORA:
INTERNAÇÃO: 25/03/2022 14:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO: PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZOTTO CASSIANO SERVIÇO: CLÍNICA MÉDICA
MIE INT PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO: COBERTURA:
CID: CICLO: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

- PS - CIRÚRGICO -

PACIENTE PROCURA ATENDIMENTO POR MEIOS PRÓPRIOS, HISTÓRICO DE TRAUMA EM ARCOS COSTAIS DURANTE PRÁTICA ESPORTIVA, EVOLUINDO COM DOR EM HEMITÓRAX DIREITO, REFERE QUE TRAUMA OCORREU HÁ 06 DIAS, EVOLUINDO COM PIORA DA DOR DURANTE DECORRER DOS DIAS, NEGA DISPNEIA, NEGA OUTRAS QUEIXAS CLÍNICAS

EXAME FÍSICO
REG. LOTE. AAA. EUPNEICO
D. ESTÁVEIS
AC. BRNF 2T S/S
AP. MV+ BILATERAL S/RA. COM DOR A PALPAÇÃO EM HEMITÓRAX DIREITO, REGIÃO DORSAL.
NEURO: GLASGOW 15 // PIFR // SEM DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO DE MMSS E MMI

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTO
ANALGESIA
EXAME DE IMAGEM

6985361

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

TC COMP DO TORAX
Justificativa: TRAUMA

Qtd Unidade

SN Apl Frequência Data Horários

EXAME REALIZADO
DATA: / /

MEDICAMENTOS

Qtd Unidade

SN Apl Frequência Data Horários

2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ
[-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ
3 C.C. TILATIL 20MG. FR/A. (EV. IM)

1 AMPOLA

1 AMPOLA

1 FR-AMPOLA

EV AGORA [25/03] 15:22

EV AGORA [25/03] 15:22

VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade

SN Apl Frequência Data Horários

4 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGÊNCIA

1

PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38166

PRESCRIÇÃO.: 6518429 DATA: 25/03/2022 16:31
USUÁRIO....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6985361 DT NASC: 04/06/2002 (19A 9M 21D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 499686 - ANA IZABEL DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2022 14:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZOTTO CASSIANO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO... COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REAValiação

TC DE TÓRAX SEM SINAIS DE FRATURA OU PNEUMOTÓRAX

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTO
ALTA APÓS ANALGESIA

6985361

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ASTA

Qty Unidade

SN Apl

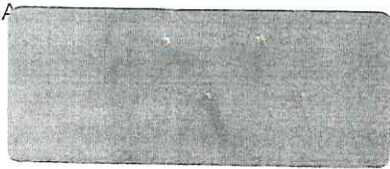
Frequência

Data Retorno

1 ALTA MELHORADA

PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38186

Quant.	Material		Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº			Coletor de Urina CURTIVY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Água Oxigenada - ml			Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag10ml
	Aguilha descartável 25x7			Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
	Aguilha descartável 40x12			Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Intracath Infantil		Sonda Aspiração nº
	Alcool Iodado - ml			Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm			Dreno pen rose nº02		Lâmina pl tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm			Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (P/S/C) 10cm			Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento _____ un		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (P/S/C) 20cm			Equipo macrogotas		Malha Tubular nº _____ cm		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10cm			Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm		1	Escalpe nº 7)		Póifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina - ml			Esparadrapo - cm		PVP/I degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável			Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tópico		Xylocalna 2% s/vaso
	Cadaroço -- 100cm			Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/batão nº			Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânua end. C/batão nº			Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag3ml		
PROCEDIMENTOS								
Aplicação EV				Fixação de Escala de Sofo		Punção Lombar		
Aplicação IM				Fixação de Cateter de O ₂		Punção Venosa - Adulto		
Aspiração				Flebotomia		Punção Venosa - Infantil		
Cardioversão elétrica				Glicemia Capilar		Retirada de soro		
Curativo P				Monitorização Cardíaca – início : _____ fim : _____		Sondagem vesical de alívio		
Curativo M				Nebulização		Sondagem vesical de demora		
Curativo G				Oxiênio – início : _____ fim : _____		Sondagem nasogástrica		
Drenagem torácica – Kit Dren				Passagem de Cateter Venoso Central		Traqueostomia		
Eletrocardiograma				Punção abdominal		Verificação de sinais vitais		
HORA	PA	P	T	R	SAT	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
						Foi realizada a administração da insulina para manter o controle glicêmico no pós-operatório e monitorizada a glicemia com resultados satisfatórios.		
						Foi realizado o curativo na ferida operatória com técnica aséptica e observados os sinais vitais estáveis.		
						Foi realizada a aspiração do cateter urinário sem complicações e observado o débito adequado.		
						Foi realizada a sondagem vesical de alívio com sucesso e observada a urina clara e abundante.		
						Foi realizada a sondagem nasogástrica com sucesso e observado o débito adequado.		
						Foi realizada a traqueostomia com sucesso e observado os sinais vitais estáveis.		
						Foi realizada a verificação dos sinais vitais com todos dentro da normalidade.		



Rafael PSG

Dados do Atendimento

Atendimento: 6985361 Data/Hora: 25/03/2022 14:44 Prioridade: Baixa
Paciente: 499686 - ANA IZABEL DA SILVA Sexo: F Nasc.: 04/06/2002 (19a 9m 21d)
Prestador: 6337 - PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZOTTO CASSIAN Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TRAUMA EM ARCOS COSTAIS HA 6 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99 FR18

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 106 x 65 mmHG Pulso: 55 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóico	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:



HOSPITAL

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO	ANA IZABEL DA SILVA	PRONTUÁRIO:
PACIENTE:	Dt. Nasc: 04/06/2002 Sx: F	ÓRG. EXP.:
DATA DE NASC:	Pront: 499686 Dt: 25/03/2022	RG:
NOME DA MÃE	INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVENTISTA	
		
6985361		
RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL/ACOMPANHANTE		
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:	/ /
RG:	ÓRG. EXP.:	GRAU DE PARENTESCO:

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) que o prazo médio para atendimento no Pronto Atendimento do Hospital Bom Samaritano de Maringá é de no mínimo 24h na data de 25/03/22. Fui orientado(a) que o tempo de espera poderá ser alterado a maior ou menor, em decorrência de eventual aumento na procura por atendimentos e conforme a classificação de risco dos pacientes, sendo minha opção permanecer aguardando na instituição ciente do prazo.

Declaro ter ciência que não é permitido fotografar as dependências do Hospital Bom Samaritano, seus funcionários e pacientes, sob pena de violação à Lei Geral de Proteção de Dados e demais responsabilizações cabíveis decorrentes da exposição não consentida.

Data:	25/03/22
Horário:	

[Assinatura]
Paciente

[Assinatura]
Responsável / Acompanhante

[Assinatura]
Testemunha

[Assinatura]
Recepcionista

THE UNIVERSITY OF CHICAGO